

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N° _____

THÈSE

777

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Louis LE GRAND

Né le 27 Juin 1909 à Bannalec (Finistère)

Étude Clinique de l'Otite aiguë du Nourrisson

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

N° _____

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

LOUIS LE GRAND

Né le 27 Juin 1909 à Bannalec (Finistère)

Étude Clinique de l'Otite aiguë du Nourrisson

Président de Thèse : M. TANON, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ - PARIS

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BENARD Henri.... Pathologie médicale.
 BERNARD E. .. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME ... {
 LANTUEJOUL. { Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiâtrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT .. Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique
 médicale.
 SEZARY Clinique médicale.
 ECALLE Clinique obstétricale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER ... Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
 BROcq Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 WEIL-HALLE Puériculture.
 FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE
DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MERE,

A MON PERE, A MA MERE,

*J'offre ce modeste travail en
témoignage de mon profond
amour filial et de ma reconnais-
sance pour tous leurs sacrifices.*

A MA SŒUR, A MON BEAU-FRERE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Qu'il veuille bien accepter
l'hommage respectueux de ma
profonde reconnaissance.*

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Nantes
et de la Faculté de Médecine de Paris



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons souvent constaté l'importance des lésions de l'oreille moyenne dans la pathologie du nourrisson. Tout dernièrement, nous avons observé trois cas d'otite qui nous ont mis en évidence la nécessité de pratiquer un examen systématique des oreilles de tout nourrisson présentant des troubles variés que l'examen ne peut expliquer.

Dans un premier cas, il s'agissait d'un enfant qui présentait des troubles de l'état général avec amaigrissement, température persistante, tous troubles dont nous n'avions pas vu l'origine. L'examen de l'oreille a montré l'existence d'une otite moyenne bi-latérale.

Dans le deuxième cas observé, il s'agissait de troubles digestifs avec diarrhée persistante, relevant en réalité d'une otite.

Enfin le troisième cas que nous relatons, consistait en une otite se traduisant uniquement par des signes méningés.

A la suite de ces trois observations, que nous avons eu l'occasion de rencontrer, il nous a semblé intéressant d'étudier, du point de vue du médecin praticien,

les otites du nourrisson. Ces otites sont particulièrement intéressantes, non pas qu'elles présentent une symptomatologie bien caractéristique. Il en est tout le contraire. La forme aigüe en effet, est rare. Ce que l'on rencontre le plus souvent en pratique, ce sont les formes latentes, les formes méconnues, les formes trompeuses où des signes variés égarent le diagnostic. La fréquence de ces otites latentes expliquent la nécessité, en présence de tout enfant qui a de la fièvre ou des troubles digestifs, qui a une réaction méningée, qui présente un amaigrissement progressif, tous signes ne relevant pas d'une cause précise, de pratiquer un examen auriculaire pouvant montrer l'existence d'une otite.

Nous rappellerons la phrase de Variot (*Traité pratique des Enfants du premier âge*, Paris 1921) : « Quand un nourrisson fait de la température et crie, que l'examen du tube digestif et de l'arbre bronchopulmonaire est négatif, allez systématiquement à l'oreille et vous trouverez l'explication des symptômes, il s'agit d'une otite moyenne ».

Ces otites sont également intéressantes parce que leur latence est un élément de gravité. Méconnues, elles peuvent être le point de départ de graves complications.

Nous nous proposons, après un premier chapitre d'Historique, d'Étiologie et de Pathogénie, de faire dans un deuxième chapitre, l'étude clinique des otites du nourrisson. Nous verrons ensuite les difficultés

du diagnostic et nous esquisserons la thérapeutique, qui entre d'ailleurs dans le domaine de la spécialité. Nous ferons un rappel anatomique pour mettre en évidence les différents éléments expliquant la fréquence de l'otite chez le nourrisson. Nous relaterons enfin nos trois observations personnelles.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. — ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Historique. — C'est Parrot, le premier en France, qui a fait une communication à la Société Médicale des Hôpitaux (9 avril 1869), sur « l'otite de l'oreille moyenne du nouveau-né ». Cet auteur faisait remarquer, qu'au cours des autopsies des nouveaux-nés, on trouvait la cavité moyenne de l'oreille remplie tantôt par une masse gélatineuse rougeâtre, tantôt par une masse jaune verdâtre, semblable à du pus concret, tantôt par un liquide jaunâtre ayant la consistance du pus séreux.

Par la suite, Baréty et Renaud ont précisé certains détails anatomo-pathologiques des lésions.

Netter s'occupe de la question au point de vue bactériologique.

Gomperz consacre un long travail à cette question.

Barbillon, en 1903, étudie l'infection septique d'origine otique, chez les nourrissons.

La fréquence de l'otite chez le nourrisson, est soulignée dans les Traités de Hutinel et Paiseau, dans celui de Marfan, de Nobécourt, de Hutinel.

La latence de ces otites a été remarquée la pre-

mière fois par Comby. Il insiste sur son extrême fréquence, sur l'absence de douleurs, sur sa lente évolution.

Dans ces dernières années, c'est Maurice Renaud, en octobre 1921, à la Société Médicale des Hôpitaux, qui a remis à l'ordre du jour la question des otites des nourrissons. Cet auteur dit : « J'ai acquis dans le courant de ces derniers mois, la certitude que les otites et les suppurations du rocher, jouent dans la pathologie du nourrisson, un rôle essentiel, car ce sont elles qui sont presque exclusivement facteurs de mort et ce sont elles que je veux rendre responsables de la mortalité de la première enfance. »

Du point de vue de l'otologiste, la question a été mise au point par Le Mée, au X^e Congrès International (Juillet 1922) et à la Société Belge d'Otologie (Février 1924).

Etiologie. — Il convient de distinguer à ce point de vue, l'otite du nouveau-né et celle du nourrisson. Un point cependant est commun, c'est la pénétration de matière septique dans la caisse, par contre, les circonstances de pénétration, l'origine même de l'infection sont différentes.

Otites du nouveau-né. — Un fait semble indiscutable, c'est la pénétration du liquide amniotique dans l'oreille moyenne. Pour certains auteurs, et spécialement pour Aschoff, ce liquide agirait comme un corps étranger. Pour d'autres auteurs et spécialement pour

Gomperz, la véritable cause réside dans le fait qu'il y aurait infection au moment du passage par les voies maternelles.

Otite du nourrisson. — Se rencontre fréquemment chez les nourrissons âgés de 6 à 9 mois. Il ne semble pas qu'il existe des périodes saisonnières particulièrement favorables à l'éclosion de ces otites. Il convient de remarquer que toutes les causes d'affaiblissement de l'organisme facilitent leur apparition. Elles sont plus fréquentes chez l'enfant nourri au biberon, que chez l'enfant nourri au sein.

Mécanisme de l'infection. — Sans doute, dans certains cas, on a pu invoquer la voie sanguine. Elle est possible en effet, pour l'otite au début de la rougeole. En réalité, c'est la voie tubaire qui est de beaucoup la plus importante. C'est par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache que les microbes pullulant dans le cavum vont venir infecter l'oreille moyenne. Ces cavums infectés, on le sait, sont le plus souvent des cavums étroits, mal aérés par une filière nasale insuffisante. On sait l'importance des végétations adénoïdes dans l'apparition de l'otite, intervenant d'ailleurs par plusieurs éléments. Point de départ d'infection, congestion de la région, obstruction tubaire, obstruction respiratoire. La pénétration des microbes dans l'oreille moyenne, par voie tubaire est donc le fait dominant, mais pour que cette pénétration se fasse, plusieurs conditions doivent être réalisées.

C'est tout d'abord une condition de virulence microbienne. On sait à ce point de vue l'importance des épidémies, des rhumes, des gripes.

Une deuxième condition est la pénétration même des microbes, dans l'oreille moyenne. Il ne semble pas, que les mucosités du cavum, par le simple fait de la pesanteur, soient capables de pénétrer dans l'oreille moyenne. Il est indispensable de faire intervenir une rupture d'équilibre des pressions du nasopharynx et de l'oreille moyenne. Cette rupture d'équilibre peut être due à un accroissement de la pression dans le cavum, telle que la réalisent la toux, les vomissements. Tantôt au contraire, on constate une diminution de la pression dans l'oreille moyenne isolée par une trompe d'Eustache qui vient de se boucher. L'air contenu dans l'oreille moyenne va se résorber progressivement on le sait.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

L'otite du nourrisson réalise de nombreux aspects cliniques: formes aiguës franches, formes latentes, formes discrètes, formes trompeuses.

Nous aurons tout d'abord en vue, — non pas du tout à cause de leur fréquence, mais à cause de leur tableau clinique plus caractéristique — la forme aiguë franche.

Forme aiguë franche. — Cette forme peut survenir au décours d'une maladie infectieuse, au décours d'un coryza. Parfois elle survient spontanément tout au plus peut-on, dans certains cas, faire intervenir la notion du froid.

Le début a lieu généralement le soir ou pendant la nuit. L'enfant, qui la veille encore était calme, commence à s'agiter, à crier. Il refuse le sein ou le biberon, souvent il vomit sa dernière tétée. On prend la température, elle est à 39°, 40° ou 41°. Parfois même, on note quelques convulsions oculaires voire même quelques troubles de la respiration avec apnée pendant lesquels l'enfant se cyanose.

L'enfant reste agité. Parfois il porte la main à son oreille malade. Bien souvent le lendemain ou le sur-

lendemain, on constate que l'oreiller présente une tache rosée. Le pavillon de l'oreille contient une sérosité sanglante. Le tympan s'est ouvert spontanément, la température est retombée à 37°-38°. Pendant quelques jours, on va noter un écoulement séro-sanguinolent, puis nettement purulent. Cet écoulement d'abord abondant va bientôt se tarir.

On voit donc que dans l'ensemble, l'otite aiguë franche du nourrisson a une évolution favorable, même si elle est peu ou pas du tout traitée. Notons cependant la possibilité de la prise de l'oreille du côté opposé.

Pour nous résumer, nous dirons que l'otite aiguë du nourrisson a un début bruyant et même dramatique, mais que tout s'arrange très rapidement grâce au fait que le tympan se perforé spontanément. Les complications sont exceptionnelles, tout au plus peut-il s'agir d'une mastoïdite dont l'évolution est favorable.

Mais, à côté de cette forme aiguë franche, qui pendant longtemps a résumé toute la pathologie de l'oreille moyenne du nourrisson, il existe des formes d'otite très particulières à celle-ci, dont le diagnostic est souvent extrêmement difficile. Schématiquement nous envisagerons les formes suivantes :

Forme latente proprement dite ;

Forme discrète ;

Forme trompeuse.

Forme latente proprement dite. — Comme son

nom l'indique, cette forme a une symptomatologie extrêmement discrète. C'est souvent à l'occasion d'un examen fortuit, que l'on est amené à déceler une otite. La mère ayant amené son enfant pour quelques troubles digestifs, une légère diarrhée, un état subfébrile.

Dans d'autres cas, c'est en examinant systématiquement l'oreille d'un nourrisson qui respire mal, qu'on est amené à poser ce diagnostic. En somme, quelle que soit la symptomatologie, elle est fort discrète, ces otites latentes évoluent par poussées successives. L'atteinte des deux oreilles est fréquente. La guérison sans complication est la règle.

Mais si ces otites sont latentes, elles trouvent par leur caractère même de latence un élément de gravité. Après une période plus ou moins longue, ces otites sont parfois capables d'entraîner des complications graves à distance, complications dont l'origine ne peut être précisée que par une autopsie. Il en est ainsi du cas que Vesselle rapporte dans sa thèse où il s'agissait d'une pleurésie purulente secondaire à un infarctus provenant d'un sinus latéral thrombosé.

Forme discrète. — Dans ces cas-là, il existe bien quelques symptômes, mais ils sont légers et rien ne fait soupçonner l'existence d'une otite. Ces symptômes sont variables. Selon les cas, ils sont différemment associés. Nous les étudierons successivement d'une manière un peu schématique,

Parfois ce sont les signes généraux qui dominent. La température est variable, parfois tout se résume

à un clocher thermique à 39°-40°, dans d'autres cas, la courbe de la température a une allure ascendante, atteignant 38°-38°,5, 39°-39°,5. Parfois au contraire, on est en présence d'une température en plateau à 39° ou 40°.

Le pouls est toujours accéléré.

L'aspect du nourrisson est toujours altéré; le faciès est pâle, souvent un peu plombé, les yeux cernés.

Quant au foie et à la rate, ces organes sont rarement hypertrophiés.

L'amaigrissement est très fréquent, mais son importance est variable. Il est en général régulier.

Signes d'infection du cavum. — L'existence d'un jetage abondant chez un nourrisson qui n'est évidemment pas un signe d'otite, est un élément en faveur d'une otite. Il est fréquent de constater alors une certaine gêne respiratoire.

On n'oubliera pas également de rechercher l'existence d'un voile de pus descendant le long de la paroi postérieure du pharynx.

Les signes de réaction méningée sont assez fréquents. Il s'agit le plus souvent de convulsions et spécialement de convulsions oculaires. Fixité particulière du regard, déplacement des globes oculaires soit en haut, soit latéralement. Plus rarement les convulsions siègent au niveau des membres, soit supérieurs, soit inférieurs.

Ces convulsions, bien entendu, sont d'ordre réflexe,

et doivent être distinguées nettement des convulsions relevant d'une atteinte des méninges.

L'enfant vomit. Mais on sait la fréquence, — au cours d'ailleurs de toute pyrexie, — de vomissements.

Des troubles digestifs sont particulièrement fréquents. C'est le plus souvent une diarrhée peu abondante, avec des selles un peu glaireuses. Il faut dire d'ailleurs que cette diarrhée relève de l'ingestion du pus venant davantage du cavum que de l'oreille.

Existe-t-il dans ces formes d'otites des signes qui peuvent témoigner d'une douleur auriculaire ?

Il est des cas, sans doute, où le nourrisson porte la main à son oreille. Tel autre nourrisson pousse des cris plus ou moins incessants. Certains auteurs insistent sur les mouvements continus de la tête qui roule sur l'oreiller. Le mâchonnement, le grincement des dents, auraient pour d'autres auteurs une certaine importance. On tiendra compte bien entendu d'existence d'insomnies. Il est des cas où une douleur n'apparaît qu'à l'occasion des mouvements de déglutition.

Rappelons d'autre part le signe de Pins ou signe de la succion contro-latérale d'après lequel le nourrisson atteint d'une otite unilatérale ne prendrait souvent le sein que du côté opposé à celui où siège l'otite.

Dans ces formes d'otites discrètes, la symptomatologie est des plus atténuée. Les symptômes sont différemment associés. Si rien n'attire l'attention spécia-

lement, du côté de l'oreille, rien, par contre, n'égare le diagnostic et ne fait penser à une autre affection. Il en est tout différemment dans les otites que nous allons maintenant étudier.

Formes trompeuses. — Dans ces formes, il existe une symptomatologie manifeste, souvent bruyante et même alarmante. Ce peut être un tableau méningé, ce peut être l'aspect d'une affection pulmonaire, parfois c'est le tableau d'une gastro-entérite, dans d'autres cas on est en présence d'une température très élevée que rien n'explique. Ce peut être dans d'autres cas, le tableau d'une septicémie. La symptomatologie en somme est bruyante, mais elle est trompeuse. Nous envisagerons successivement ces différentes formes cliniques.

Forme méningée. — Après un début plus ou moins long avec poussée de température, on voit subitement la fièvre atteindre 39°, des convulsions et même des vomissements apparaître. Le nourrisson est agité, la tête rejetée en arrière. Il n'y a généralement pas de raideur de la nuque; par contre un peu de Kernig, des réflexes un peu exagérés, une fontanelle légèrement tendue. On conçoit qu'en présence d'un pareil tableau on soit mené à penser à la possibilité d'une méningite, mais l'examen de l'oreille que l'on sait devoir être pratiqué systématiquement chez le nourrisson, montre l'existence d'une otite.

La paracenthèse d'ailleurs, vient confirmer le diag-

nostic et modifier l'allure clinique. Tous les symptômes en effet, regressent rapidement.

Non traitée ou traitée trop tardivement, cette forme évoluerait vers une méningite purulente d'évolution rapide. L'évolution mortelle peut dans d'autres cas se faire, par œdème méningé ou cortical, par broncho-pneumonie.

Ces formes méningées, des otites du nourrisson, semblent relever en réalité d'une disposition anatomique un peu spéciale et tout particulièrement de dehiscence osseuse au niveau du tegmen tympanique.

Forme pulmonaire. — Sans doute, bien souvent, une otite peut venir compliquer ou peut accompagner une affection pulmonaire. Mais il est des cas où c'est l'otite même qui provoque une broncho-pneumonie. En dehors des examens systématiques de l'oreille quels sont les éléments qui peuvent faire penser à l'existence d'une otite ? Dans certains cas l'attention peut être attirée par l'importance des signes généraux contrastant avec un foyer pulmonaire peu étendu. Parfois, c'est la persistance d'une température peu élevée alors que l'épisode pulmonaire a disparu.

Formes digestives. — Tel otite du nourrisson peut se traduire essentiellement par des troubles digestifs qui peuvent faire penser à une gastro-entérite. Le nourrisson présente en effet quelques vomissements, une diarrhée persistante, un amaigrissement progres-

sif. Ces troubles peuvent présenter une allure chronique aboutissant à un véritable état de cachexie. On peut être même amené à parler d'athrepsie. Rappelons d'ailleurs que certains auteurs et spécialement Renaut ont voulu faire de l'otite, la cause de l'athrepsie.

Là encore, c'est l'examen systématique de l'oreille qui permet de mettre en évidence l'existence d'une otite.

Formes septicémiques. — On est en face d'un nourrisson qui présente depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines, une température élevée soit en plateau, soit en clocher, pouvant dans certains cas présenter quelque rémission. Le faciès est profondément infecté, l'état général est altéré, le poul est rapide. On note et l'hypertrophie du foie et l'hypertrophie de la rate.

L'évolution est généralement très rapide, la mort survenant par broncho-pneumonie, par méningite avec convulsions répétées.

Forme fébrile. — Ici il s'agit d'un nourrisson qui présente également depuis plusieurs semaines, une température élevée. C'est là le seul symptôme.

Différentes hypothèses sont envisagées ; on pense à la tuberculose, mais les cuti-réactions répétées obligent d'abandonner ce diagnostic. On pense à un foyer

de broncho-pneumonie, mais ni l'examen clinique, ni la radioscopie ne permettent de retenir ce diagnostic. On pense bien entendu également, à un simple épisode de rhino-pharyngite, mais la fièvre persiste, alors que le jetage nasal est presque nul.

Il est des cas où c'est la perforation spontanée du tympan qui amène à faire le diagnostic. Là encore l'examen systématique du tympan est absolument indispensable. Il permet de reconnaître l'origine de cette température, la paracenthèse amène la régression de cette fièvre, à condition cependant, que le diagnostic soit posé suffisamment tôt.

Forme révélée par une mastoïdite. — A côté de ces formes trompeuses, il existe des formes qui se révèlent à l'attention des parents par l'apparition d'une complication. Il s'agit là d'ailleurs d'une forme fréquente.

Le début passe inaperçu, cependant rétrospectivement, on peut par l'interrogatoire révéler parfois quelques symptômes légers: un manque d'appétit, un peu de diarrhée, un état subfébrile.

En réalité, le premier signe qui attire l'attention, est l'existence d'un gonflement rouge et douloureux situé derrière l'oreille. Le pavillon est décollé. En 24 heures, on constate une collection très nettement fluctuante d'un rouge vif, menaçant les téguments. Cette forme est favorable, puisqu'elle impose le diagnostic et qu'elle permet de traiter précocement l'otite.

Quelle que soit la forme clinique que présente l'otite du nourrisson, nous avons vu toute l'importance que comportait l'examen de l'oreille.

Examen de l'oreille. — L'examen de l'oreille comporte deux ordres de signes, les signes extérieurs, les signes tympaniques.

Signes auriculaires extérieurs. — On peut noter parfois, un léger œdème périauriculaire, avec aspect blafard de la peau, diminution de netteté des plis cutanés.

On recherchera également l'existence de points douloureux à la palpation. Douleur à la pression du tragus, douleur à la traction du pavillon, douleur au niveau de la région antrale. Certains auteurs attachent une certaine importance à l'existence d'adénopathie carotidienne haut située. En effet, pour ces auteurs, le retentissement ganglionnaire chez le nourrisson serait assez fréquent et cela à cause de l'importance des lymphatiques péri-tympaniques.

Examen du tympan. — L'examen du tympan chez le nourrisson est souvent des plus difficiles.

Le médecin praticien qui désire pratiquer cet examen, doit avoir à sa disposition une instrumentation spéciale : miroir de Clar, speculum d'oreille pour nourrisson (c'est-à-dire avec orifice de section très petit), un tube assez long, un pavillon suffisamment important pour qu'on puisse le maintenir aisément.

L'introduction du speculum n'est pas toujours

aisée. Le conduit est en effet souvent encombré par des éléments variés, grumeaux de lait, cérumen souvent assez liquide, débris épidermiques. Pour nettoyer ce conduit, on peut sans doute recourir à un seringage. Il semble préférable d'utiliser le porte-coton trempé dans de l'huile de vaseline, qui ramollit et détache ces différents débris.

Le spéculum ne doit pas être introduit à l'aveugle à fond. Il faut le faire progresser sous le contrôle de la vue, car il existe souvent de nombreux replis cutanés, particulièrement au niveau de la paroi supérieure. Il faut insinuer le spéculum au-dessous de ce repli.

Avant d'étudier l'aspect pathologique du tympan du nourrisson, il nous semble intéressant d'étudier quel est l'aspect normal de ce tympan.

Il a une direction horizontale durant le premier mois, il reste incliné jusque vers le quatrième ou cinquième mois. Le tympan semble faire suite à la paroi supérieure du conduit.

Au point de vue coloration, il est moins brillant que le tympan de l'adulte, il a un aspect plus gris, souvent de couleur rose pâle.

Le tympan du nourrisson est entouré d'une zone rouge assez accentuée, cette zone surtout marquée au niveau de la face supérieure, appartient en réalité au conduit.

Quels sont les repaires qu'il convient de rechercher systématiquement? Il en est un, qui a une importance

primordiale, parce que son absence permet d'affirmer que l'oreille est malade. C'est le *triangle lumineux* qu'il conviendrait peut-être mieux d'appeler *zone*, puisqu'il présente rarement une forme triangulaire.

Un autre point de repère important est l'apophyse externe du marteau, qui présente un aspect ivoire, assez net.

Quant au manche du marteau, si visible chez l'adulte, il est en réalité très peu net chez le nourrisson. En somme, les deux points de repère qu'il faut remarquer systématiquement dans l'examen du tympan sont avant tout : *la tache lumineuse*, secondaiement *l'apophyse externe du marteau*.

Quels sont les différents aspects pathologiques du tympan du nourrisson ?

Le tympan pathologique du nourrisson peut se traduire par des aspects divers.

Ce peut être tout d'abord le tympan de l'angine rétro-nasale de Le Mée, caractérisé par l'existence d'un *croissant* situé en haut et en arrière. La localisation de cette rougeur s'explique parce que c'est là le point qui est situé en regard de l'orifice tympanique de la trompe.

Dans d'autres cas, le tympan présente une rougeur en *forme de virgule* à grosses extrémités postérieure et inférieure. La tête de la virgule a souvent une teinte vineuse assez intense. Le triangle lumineux est

moins important et moins net; l'apophyse externe du marteau est moins saillante.

Dans d'autres cas, la rougeur du tympan s'étend en intensité et en surface. Une voussure apparaît, les repaires disparaissent, le tympan prend l'aspect d'un rein à hile profond. Cet aspect, est celui qu'on rencontre le plus fréquemment. Si l'on se sert alors d'un speculum de Sigle, on constate alors que la rougeur du tympan diminue.

L'aspect du tympan peut être différent, les points du tympan qui paraissent les plus saillants, deviennent pâles, jaunâtres, le tympan a l'aspect d'une pastille terne, de couleur jaune verdâtre ou brune. On a l'impression que le tympan est infiltré ; parfois on a pu noter à la partie supérieure un fin piqueté hémorragique.

L'existence d'une perforation est souvent difficile à mettre en évidence, lors celle-ci est petite. Elle siège le plus souvent au niveau de la partie supérieure, c'est dire que le drainage est nettement insuffisant.

Le tympan pathologique est capable de réaliser d'autres aspects. Ce peut être l'aspect givré de Le Mée. Le tympan est alors rose, mais sur sa surface on constate de petites saillies brillantes, rappelant de minuscules gouttelettes de rosée. Cet aspect est dû à une très petite desquamation, aussi le contact avec un tampon d'huile, fait disparaître cet aspect.

Dans d'autres cas, on pourrait croire qu'on est en

présence d'un tympan normal, mais la tache lumineuse a disparu.

Ajoutons également la possibilité d'un tympan ecchymotique avec ecchymose siégeant soit au centre du tympan soit se morcelant en petits îlots.

Au cours de l'otite grippale du nourrisson comme chez l'adulte, on peut noter l'existence de phlyctène bien caractéristique.

Quelle est l'évolution générale de ces otites du nourrisson ?

Tout dépend de la précocité du diagnostic et du traitement. Bien drainée, cette otite a une évolution bénigne et courte mais si le diagnostic n'est pas posé, si l'ouverture spontanée ne se produit pas, des complications peuvent apparaître. *C'est justement l'absence de perforation spontanée, qui constitue une des caractéristiques de ces otites latentes du nourrisson et en expliquent les dangers.*

COMPLICATIONS

Ce peut être tout d'abord des complications d'ordre *local*. Il peut alors s'agir de *mastoïdite*, qui prend une allure rapide, pouvant parfois être confondue avec un adeno-phlegmon rétro-auriculaire. Dans certains cas se développe une véritable ostéomyélite du rocher à évolution insidieuse, amenant tôt ou tard la mort par méningo-encéphalite.

On sait la gravité toute particulière de la méningite d'évolution extrêmement rapide. Le Signe de Kernig, la raideur de la nuque, sont des signes inconstants.

La thrombophlébite est sans doute rare chez le nourrisson, mais quand elle existe elle est absolument

A côté de ces complications locales il existe *des complications* à distance, qui sont également graves. Ce peut être des *complications infectieuses*. Il s'agit alors d'une véritable septico-pyohémie avec possibilité de retentissement pulmonaire, d'arthrite purulente, etc.

Il est également possible de voir apparaître un tableau de cachexie progressive, relevant à la fois et de la pyophagie et des troubles gastro-intestinaux.

Enfin, on peut se poser la question de savoir si ces otites latentes sont capables d'entraîner des séquelles. Question qu'il est difficile de résoudre.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC. — TRAITEMENT

DIAGNOSTIC

S'il est des cas où le diagnostic d'otite chez le nourrisson est relativement facile, il s'agit alors de formes aiguës franches. Le plus souvent en réalité, le diagnostic est particulièrement difficile et c'est en présence de symptômes extrêmement variés que l'on doit souvent penser à cette affection.

On doit examiner l'oreille d'un nourrisson, systématiquement, en présence de tout état fébrile, qui se prolonge,

En présence d'une altération de l'état général, chute du poids.

En présence de troubles digestifs inexpliqués,

En présence de signes méningés,

En présence de certains états pulmonaires,

En présence d'une insomnie,

En présence d'un enfant qui semble souffrir.

L'examen otoscopique, sans doute capital, n'est pas sans difficulté. Il importe de pratiquer un nettoyage complet et minutieux du conduit ; il faut tenir compte des modifications du tympan, au moment où

l'enfant crie. On se rappellera les différents aspects pathologiques du tympan. Sans doute il est des cas où les lésions sont manifestes, rougeur diffuse du tympan, qui fait saillie, mais bien souvent l'aspect est beaucoup plus estompé. On se rappellera les cas frustes. Bien souvent, c'est seulement la disparition du triangle lumineux qui permet de poser le diagnostic, d'otite chez le nourrisson.

Dans les cas délicats, on n'oubliera pas de comparer les images des deux côtés. On pourra au besoin, répéter l'examen à un jour d'intervalle. Mais dans les cas douteux, il est sans conteste, préférable de paracenthèser le tympan, plutôt que de laisser passer *inaperçue une otite*.

La paracenthèse du tympan est à la fois le premier temps du traitement et un élément de diagnostic. Du point de vue diagnostic, plusieurs cas sont à envisager.

La paracenthèse donne issue à du sang pur ; ceci ne veut pas dire que la paracenthèse a été inutile. Au début en effet, la muqueuse est congestionnée ; quelques heures après la paracenthèse, on voit survenir un écoulement séro-purulent.

Dans d'autres cas, la paracenthèse donne issue à du sang mêlé de sérosités ou de pus. Un tel résultat témoigne qu'il existe encore un certain degré de congestion de la muqueuse.

Parfois, la paracenthèse donne issue à du pus

franc et spécialement dans les cas de tympan grisâtre.

Enfin, parfois, la paracenthèse donne un résultat négatif, la caisse était vide, on a fait un mauvais diagnostic.

En tout cas on peut tenir compte d'écoulements qui surviennent au bout de 48 heures à la suite d'une paracenthèse, soit que la paracenthèse a créé cette otite, soit que cet écoulement représente le drainage du pus du cavum.

TRAITEMENT

Sans doute le traitement d'une otite est du domaine du spécialiste. Nous nous contenterons de dire que le plus souvent, grâce à une simple paracenthèse répétée au besoin les jours suivants, on voit les signes généraux disparaître rapidement. On peut utiliser le pansement sec, qui consiste à introduire dans le conduit après nettoyage, une mèche de gaze aseptique.

On peut parfois recourir à la méthode humide, bain d'oreille (sérum physiologique, eau oxygénée boratée). Certains auteurs prescrivent quelques gouttes de bouillon vaccin. D'autres préconisent la glycérine boratée. Quant à la glycérine phéniquée, elle doit être rejetée chez l'enfant. Lorsqu'on est en présence d'un écoulement abondant, il sera utile de recourir au lavage d'oreille qui semble supérieur au bain d'oreille.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

Sans doute, nous nous sommes proposés d'étudier avant tout les aspects cliniques de l'otite du nourrisson. Nous avons insisté tout spécialement sur l'otite latente de celui-ci. Il nous a semblé cependant intéressant de rappeler certains caractères anatomiques et de faire une brève étude du point de vue bactériologique.

Du point de vue anatomique il nous a semblé en effet indispensable, d'exposer les caractères anatomiques de l'oreille moyenne du nouveau-né, qui expliquent la facilité avec laquelle apparaissent les otites.

Anatomie. — L'oreille moyenne à la fin du 9^e mois, est pleine d'un tissu muqueux très mou, d'aspect gélatiniforme. Cette substance gélatineuse, se résorbe progressivement de haut en bas.

Le conduit auditif externe, présente une minceur toute particulière de ses téguments, des replis cutanés sur lesquels nous avons insisté. Il convient d'autre part de faire remarquer que la portion osseuse du conduit n'existe pas, d'où danger de léser le tympan en enfonçant trop brusquement un spéculum.

Au niveau du tympan, remarquons que l'anneau osseux présente à sa partie supérieure une solution de continuité, expliquant l'existence de fistule du conduit à siège postérieur et supérieur.

Le diamètre du tympan est à peu près le même que celui de l'adulte, à cette différence qu'il n'existe point de segment de Schrapnell.

Le tympan est orienté dans un sens presque horizontal, puis très oblique, expliquant la difficulté de l'autoscopie. L'épaisseur de la membrane est plus importante chez le nourrisson.

Les osselets, qui ont à peu près les mêmes dimensions que chez l'adulte, sont en rapport, sur une plus grande surface, avec le tympan. Or, la zone ossiculaire est une zone encombrée de ligaments qui favorisent la rétention. La paroi interne de l'oreille est de même davantage en rapport avec le tympan; l'étrier est visible presque en entier, la fenêtre ovale correspond au cadran postéro inférieur du tympan.

La trompe d'Eustache, qui est plus courte chez le nourrisson, a par contre un calibre plus considérable.

L'additus *ad antrum* est particulièrement large et court. L'additus a sans doute des dimensions variables, mais en tous cas il n'est jamais aussi réduit que chez l'adulte, parfois considérablement réduit par des processus infectieux chroniques.

Quant aux cellules, il en existe parfois deux groupes: l'un sus-entrai, l'autre situé entre l'angle et le conduit.

Il est un point sur lequel il convient d'insister, c'est

l'importance de déhiscence au niveau des sutures Il y existe un réseau lymphatique important, favorisant l'infection. Notons d'autre part l'existence de veinules plus fréquentes que chez l'adulte, réunissant la circulation muqueuse centrale et le sinus latéral.

Du *point de vue bactériologique*, la flore est généralement extrêmement variée. Le plus souvent, il s'agit d'un pus mono-microbien, concernant spécialement le pneumocoque, parfois le streptocoque, plus rarement le staphylocoque.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

1^{re} observation:

Enfant vu en décembre 1934. Il s'agit d'une enfant de 13 mois qui a été nourrie au sein jusqu'à 10 mois. Enfant née à terme, de parents bien portants. Jusqu'à un an, l'enfant s'est bien portée; depuis trois semaines environ, l'enfant dort mal; perte de poids de 400 grammes. Température légère et intermittente, montant jusqu'à 38°-38°5. Quelques rares vomissements.

L'examen de l'oreille montre l'existence d'un tympan rouge, à sa partie postérieure et supérieure, avec disparition de la tache lumineuse. Le jour même on incise le tympan. Le lendemain, le tympan opposé se prend. Paracenthèse. Depuis, la température n'est plus réapparue; l'enfant a retrouvé son sommeil et a repris du poids. L'écoulement d'oreille a duré une dizaine de jours.

2^e observation:

Enfant vu en février 1935. Enfant de 8 mois, né à terme; mère bien portante, père: antécédents alcooliques; l'enfant présente depuis trois semaines des vomissements intermittents et une diarrhée persistante. L'enfant est nourri au sein; on modifie la ration alimentaire, ce qui n'entraîne aucune amélioration. On essaie pendant une quinzaine de jours différentes thérapeutiques sans succès. On est amené à examiner l'oreille, qui montre un tympan blafard avec disparition de l'apophyse externe du marteau et du triangle lumineux. Paracenthèse qui donne issue à du pus franc.

A la suite de cette paracenthèse, la température est redevenue normale et au bout de cinq à six jours la diarrhée avait complètement disparu. L'écoulement n'a disparu qu'au bout d'une quinzaine de jours.

3^e observation:

Enfant né en juin 1934. Agé de 10 mois; antécédents héréditaires nuls. L'enfant s'est jusque-là très bien porté, mais depuis trois jours, il ne dort pas, est agité. Depuis deux jours il présente quelques convulsions, surtout au niveau des membres supérieurs. En l'examinant on constate parfois une ascension des globes oculaires. La température est à 39°5; il n'y a pas de raideur de la nuque mais par contre léger Kernig. A droite, le tympan est normal; à gauche, on

constate une douleur au niveau du tragus. Les plis cutanés sont un peu effacés. Le conduit auditif est légèrement rétréci. Cependant, on peut apercevoir le tympan qui est rouge et bombé, nettement.

Paracenthèse, issue de sang et de pus. Quelques heures après, la température est devenue normale; il ne présente plus de convulsions, plus de signe de Kernig; l'enfant s'endort. En trois jours l'écoulement a cessé.

CONCLUSIONS

1° L'otite aiguë du nourrisson réalise de nombreux aspects cliniques. A côté de la forme franche aiguë, il convient d'insister sur les formes latentes à cause de leur plus grande fréquence, à cause de leur gravité possible du fait qu'elles sont méconnues. Nous avons vu qu'il fallait distinguer les formes latentes proprement dites, les formes atténuées, les formes trompeuses.

2° L'examen du tympan du nourrisson que le médecin praticien doit savoir pratiquer s'impose en présence de troubles inexpliqués. Cet examen est souvent difficile. Deux repères ont une importance primordiale: la tache lumineuse et l'apophyse externe du marteau. L'interprétation des images est souvent difficile. A côté des tympans rouges, il faut attribuer une grosse importance aux tympans seulement jaunâtres, grisâtres et même aux tympans qui semblent normaux, mais où manque la tache lumineuse.

3° Le traitement consiste essentiellement en paracenthèse, au besoin répétée.

4° Certaines dispositions anatomiques expliquent la fréquence des otites du nourrisson: béance de la

trompe d'Eustache, gonflement de la muqueuse à la naissance, importance des déhiscences, importance des communications vasculaires et lymphatiques.

Vu: *le Président de thèse:*

L. TANON.

Vu: *le Doyen,*

A. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Alex. BARÉTY et RENAUT. — *Anatomie pathologique de l'otite des nouveaux-nés*. Arch. de physiologie, 1869, p. 374, t. II.

ARBELTIÈS. — *Fréquence et gravité de l'otite du nourrisson*. Thèse Paris, 1922.

BARBILLON. — Infection septique d'origine otitique chez le nourrisson. *Rev. de méd. inf.*, novembre 1903.

COMBY. — *Nature des otites des nouveaux-nés*. Congrès médical 1869.

— *Les otites latentes de la première enfance*. Arch. mal. enfants, septembre 1917.

DENECHAUX et AMSTER. — Otite du nourrisson. *Bulletin médical*, février 1921.

GELLÉ. — *L'oreille moyenne pendant la période fœtale*. Soc. de Biologie, décembre 1877.

HUTINEL et LESNÉ. — *Revue des Maladie de l'Enfance*, juin 1898.

LE MÉE. — *Otites latentes et méconnues du nourrisson*. Congrès intern. d'otologie Paris, juillet 1922. Société belge d'O. R. L., 1924.

LEROUX. — Otite du nourrisson et du nouveau-né. *Presse médicale*, 17 décembre 1921.

MEYER. — *L'oreille*, Paris, 1932.

PARROT. — *Otites moyennes chez le nourrisson*. Société médicale des Hôpitaux, avril 1869.

RENAUD. — *Importance des lésions de l'oreille dans les formes mortelles de la rougeole*. Société médicale des Hôpitaux, 1921.

VESSELLE. — *Otite du nourrisson*. Thèse Paris, 1925.

Librairie Médicale MARCEL VIGNE. — PARIS

